


PREDITORES DA QUALIDADE DE VIDA NA EPILEPSIA

Vânia Linhares¹, Rute F. Meneses¹, José Pais-Ribeiro², Isabel Silva¹, Luísa Pedro³, Estela Vilhena^{4,5,6}, Denisa Mendonça⁵, Helena Cardoso^{5,7}, Ana Martins⁷, & António Martins-da-Silva^{5,7}

¹Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal;


²Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, Portugal; ³Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Portugal; ⁴Departamento de Ciências, Escola de Tecnologia, Instituto Politécnico do Cávado e Ave, Barcelos, Portugal; ⁵Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal; ⁶Instituto de Saúde Pública, Universidade do Porto, Portugal; ⁷Hospital Santkerro António, Porto, Portugal.

RESUMO- A epilepsia é uma das patologias neurológicas mais comuns em todo o mundo, com repercussões importantes na Qualidade de Vida (QDV) dos indivíduos. Deste modo, o objetivo do tratamento ultrapassa a remissão total das crises epiléticas, dado que também prioriza a QDV do indivíduo com epilepsia. A QDV tem vindo a ser associada a alguns fatores modificáveis, importantes para a sua promoção. Assim, pretende-se com o presente estudo identificar se a Adesão à Terapêutica, as Estratégias de *Coping* e a Espiritualidade são preditores da QDV de indivíduos com epilepsia. O SF-36 v1.0, a Medida de Adesão aos Tratamentos, o COPE-R e a Escala de Avaliação de Espiritualidade em Contextos de Saúde foram administrados a 94 indivíduos com diagnóstico de epilepsia entre quatro e 49 anos. A relação entre as variáveis foi analisada através do modelo de regressão linear múltipla. Os resultados revelam que a Adesão à Terapêutica, a Esperança/Otimismo predizem positivamente a QDV. Já as estratégias de *Coping* Desinvestimento Comportamental, Expressão de Sentimentos e Religião predizem-na negativamente. Estes resultados são importantes para os profissionais de saúde, na medida em que a identificação de preditores modificáveis da QDV sugere pistas para intervenções que promovam a QDV de indivíduos com epilepsia.

Palavras-chave: epilepsia, qualidade de vida, adesão à terapêutica, coping, espiritualidade

PREDICTORS OF QUALITY OF LIFE IN EPILEPSY

ABSTRACT- Epilepsy is one of the most common neurological pathologies in the world, with important repercussions in the individuals' Quality of Life (QOL). In this way, the goal of treatment surpasses the total remission of seizures, since it also prioritizes the improving the QOL of individuals with epilepsy. The QOL has been associated with some important modifying factors, for its promotion. In this way, with the present study we pretend to identify whether Adherence to Therapy, Coping Strategies and Spirituality are predictors of QOL of individuals with epilepsy. The SF-36 v1.0, the Measure Treatment Adherence, The COPE-R and The Spirituality Assessment Scale in Health Contexts were administered to 94 individuals with epilepsy diagnosis between four and forty-nine years. The relation between the variables was analysed through multiple linear regression model.

 Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa, Porto; Rua do Mirante nº114 Areosa, 4900-837 Viana do Castelo; Tel.: +351966458410; e-mail: vania.linhares@gmail.com

The results reveal that the Adherence to Therapy and Hope/Optimism predict positively QOL. Whereas Coping Strategies: Behavioral Disengagement, Venting and Religion predict it negatively. These results are important for the health professionals seeing that the identification of modifying predictors of the QOL suggest hints for interventions, which promote the QOL of individuals with epilepsy.

Keywords: epilepsy, quality of life, adherence to therapy, coping, spirituality

Recebido em 9 de Dezembro de 2013/ Aceite em 20 de Março de 2014

A epilepsia é uma condição neurológica importante e comum, com muitas apresentações e diferentes causas (Shorvon, 2009). Em Portugal, estima-se uma prevalência de cerca de 5/1000 habitantes e uma incidência de sensivelmente de 50 novos casos por 100 mil habitantes por ano (Lima, 2005). A epilepsia é caracterizada por uma predisposição persistente em originar crises epiléticas, consideradas como a maior causa de perda de autoconfiança e autoestima (Shorvon, 2009). Contudo, a epilepsia é muito mais do que ter crises epiléticas (ILAE, 2003), atendendo às consequências neurológicas, cognitivas, psicossociais, sociais e económicas (ILAE, 2003; World Health Organization [WHO], 2005), por vezes mais problemáticas e debilitantes para o indivíduo do que as próprias crises epiléticas (ILAE, 2003; Shorvon, 2009). Assim, o objetivo do tratamento ultrapassa a remissão total das crises, sendo também prioritário a melhoria da Qualidade de Vida (QDV) do indivíduo com epilepsia, no sentido de aprender a lidar com o impacto físico das crises e também com as consequências psicossociais negativas associadas (WHO, 2005).

Embora o conceito de QDV permaneça um tanto vago e insuficientemente definido, tem sido conceptualizada como um construto multidimensional, que pode ser descrito em função dos diferentes domínios que são avaliados (Bishop & Hermann, 2000). Numa revisão realizada por Taylor, Sander, Taylor, e Baker (2011), a frequência das crises foi o preditor de QDV mais referido, sendo que o aumento da frequência das crises se associava negativamente com a QDV. Resultados semelhantes foram encontrados em pesquisas realizadas com adultos com epilepsia que identificaram como fatores de risco para redução da QDV: a frequência de crises, duração das crises, idade de início das crises (Jacoby & Baker, 2008; Kerr, Nixon, & Angalakuditi, 2011; Wheless, 2006).

Contudo, Salgado e Souza (2003) verificaram que a redução na frequência de crises epiléticas não produziu uma melhoria na QDV dos indivíduos com epilepsia, o que reforça a importância das medidas subjetivas na satisfação e bem-estar. De facto, em indivíduos com epilepsia, os sintomas afetivos são apontados como maior determinante da QDV, quer na epilepsia refratária ou na epilepsia bem controlada (Meneses, 2005). Outros estudos apontam para efeitos da medicação antiepilética, depressão ou ansiedade, falta de apoio social, estigma, preocupações com o emprego e falta de adesão à terapêutica (Boylan et al., 2004; Jacoby & Baker, 2008; Kerr et al., 2011; Wheless, 2006).

Relativamente à QDV, a adesão ao tratamento é negativamente associada à presença de efeitos adversos e correlacionada com melhor QDV (Telles-Correia, Barbosa, Mega, & Monteiro, 2008). Por outro lado, a não adesão à terapêutica está associada ao aumento da mortalidade e da morbilidade (Telles-Correia et al., 2008), bem como à redução no controlo das crises a menor QDV (Gilliam, 2003; Guekht et al. 2007; Hovinga et al., 2008). A considerar, ainda, o aumento dos custos médicos e excesso da utilização dos serviços de saúde associados à não adesão à terapêutica (Telles-Correia et al., 2008).

Assim, a não adesão à terapêutica tem sido uma das primeiras causas para o insucesso do tratamento (Hovinga, et. al. 2008), constituindo um grave problema de saúde pública, com enormes repercussões na incidência e prevalência de inúmeras patologias (Bugalho & Carneiro, 2004). Considera-se que através da adesão ao tratamento algumas hospitalizações atribuídas à epilepsia podiam ser prevenidas (WHO, 2005). Deste modo, programas de tratamento na epilepsia, orientados para o utente, com estratégias comunicacionais que promovam o autogestão e compreensão da epilepsia são essenciais na maximização do tratamento e da QDV e na minimização dos custos económicos (Hovinga et al., 2008).

Na adaptação à doença crónica, algumas estratégias são apontadas de modo a promover o ajustamento psicológico, nomeadamente: permanecer o mais ativo possível, reconhecer e expressar as suas emoções de modo a conseguir assumir o controlo pela sua vida e tentar concentrar-se nos possíveis resultados positivos da própria doença (De Ridder, Geenen, Kuijer, & van Middendorp, 2008), o que remete para o conceito de *coping*. De acordo com Livneh e Antonak (2005), a promoção de estratégias de *coping* eficazes pode desempenhar um papel importante para a melhoria da QDV em indivíduos com epilepsia, com benefícios ao nível da redução do stress e da ansiedade. Paralelamente, intervenções ao nível estilos de *coping* têm revelado associações significativas com a QDV, quer nos indivíduos com epilepsia, quer nos cuidadores (van Andel, Westerhuis, Zijlmans, Fischer, & Leijten, 2011).

Adicionalmente, alguns autores apontam para uma associação entre estilo de *coping* passivo e pior QDV (Westerhuis, Zijlmans, Fischer, van Andel, & Leijten, 2011). Resultados semelhantes foram encontrados em cuidadores de indivíduos com epilepsia, sugerindo que o reconhecimento de estilos pessoais de *coping* deve fazer parte de uma abordagem orientada para o utente e seus cuidadores em tratamento (van Andel et al., 2011). Também para Lua, Neni e Samira (2012) várias estratégias de *coping* com foco no problema estavam significativamente associadas a indivíduos com epilepsia, com melhor QDV, e que estratégias como Negação, Desinvestimento Comportamental e Autoculpabilização estavam associadas a indivíduos com epilepsia com menor QDV.

Noutro estudo, as estratégias Autodistração, Reinterpretação e Humor foram evidenciadas como significativas para a adaptação à epilepsia (Neni & Lua, 2011). Analogamente, para Pais-Ribeiro, Silva, Meneses, e Falco (2007) a Reinterpretação Positiva, Autodistração, *Coping* Ativo, Aceitação e Religião seriam as estratégias de *coping* mais eficazes para a QDV. Neste sentido, ajudar os indivíduos a desenvolver estratégias de *coping* face à adversidade, representa uma importante mudança psicológica positiva, que tem sido francamente negligenciada em indivíduos com epilepsia (Taylor, et al., 2011).

Adicionalmente, uma das estratégias de *coping* – entre outras asserções – que se tem destacado nos últimos anos é a espiritualidade. A literatura sugere que existe uma relação consistente entre a doença crónica e a espiritualidade (Nichols & Hunt, 2011) e que a espiritualidade pode ser um elo entre saúde e doença, com impacto positivo na QDV (Pinto, & Ribeiro, 2010). Apesar de religiosidade e a espiritualidade serem conceitos diferentes, muitas vezes a espiritualidade aparece associada à prática de uma religião (Pinto & Ribeiro, 2007). Todavia o conceito de espiritualidade difere do conceito de religião, na medida em que o primeiro é mais amplo, dinâmico, pessoal e experiencial, enquanto o segundo refere-se ao grau de participação ou adesão às crenças e práticas de um sistema religioso (Muller, Plevak, & Rummans, 2001).

Relativamente à QDV, a espiritualidade foi correlacionada positivamente com os domínios psicológico, relacionamentos sociais e ambiente (Rocha & Fleck, 2011). De um modo mais

geral, a espiritualidade tem sido sistematicamente associada significativamente com domínios da QDV (Giovagnoli, Meneses, & Silva, 2006; Panzini, Rocha, Bandeira, & Fleck, 2007; Wang, Chan, Ng, & Ho, 2008). Já outros estudos revelaram um valor moderado, embora significativo, entre a espiritualidade e a QDV (Pinto & Ribeiro, 2010; Sawatzky, Ratner, & Chiu, 2005), o que sugere que, apesar da espiritualidade se relacionar com a QDV, permanecem conceitos distintos (Pinto & Ribeiro, 2010).

No domínio da epilepsia repensar a QDV é fundamental, até porque a perceção de QDV elevada ou normal pode coexistir com a epilepsia (Jacoby, Snape, & Baker, 2009; Stanton, Revenson, & Tennen, 2007). Acentua-se assim, a necessidade de se explorarem as relações entre QDV e variáveis psicossociais (Meneses, 2005).

O objectivo do presente estudo é identificar se adesão à terapêutica, estratégias de *coping* e espiritualidade são preditores da QDV de indivíduos com epilepsia. Acredita-se que a identificação de preditores deste tipo permita subsidiar o desenvolvimento de intervenções no âmbito da promoção da QDV de indivíduos com epilepsia.

MÉTODO

Participantes

Participaram no presente estudo transversal, 94 indivíduos com epilepsia, que constituem uma amostra consecutiva recrutada em unidades de saúde de diversas zonas do país. Os critérios de inclusão foram os seguintes: 1) diagnóstico há, pelo menos, 3 anos; 2) idade superior a 16 anos; 3) nível de escolaridade de 6 anos ou mais; 4) vida estável com doença controlada; 5) não apresentar outras alterações do foro neurológico, nem alterações psiquiátricas. No Quadro 1 pode-se observar as características sociodemográfica e clínica dos participantes.

Quadro 1.

Caraterísticas Sociodemográficas e Clínicas dos Participantes (N=94)

	<i>N (%)</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Sexo					
Homem	36 (38,3)				
Mulher	58 (61,7)				
Estado Civil					
Casado/União de Facto	43 (45,7)				
Divorciado/Separado	5 (5,3)				
Solteiro	44 (46,8)				
Viúvo	2 (2,1)				
Profissão					
Ativo	58 (61,7)				
Desempregado	13 (13,8)				
Estudante	5 (5,3)				
Doméstica	7 (7,4)				
Reformado	9 (9,6)				

(continuação)

PREDITORES DA QUALIDADE DE VIDA NA EPILEPSIA

Quadro 1.

Caraterísticas Sociodemográficas e Clínicas dos Participantes (N=94) (continuação)

	N (%)	M	DP	Mínimo	Máximo
Medicação Antiepilética					
Sem	2 (2,3)				
Monoterapia	37 (42,0)				
Politerapia	49 (55,7)				
Idade	94 (100)	36,84	10,49	17	65
Escolaridade	93 (98,9)	9,72	3,88	4	18
Anos de Diagnóstico Epilepsia	89 (94,7)	21,26	10,96	4	49
Número Internamentos Último Ano	81 (86,2)	0,15	0,45	0	2
Percepção de Gravidade da Doença	94 (100)	4,88	2,58	1	11

Material

No desenvolvimento do protocolo de avaliação foi tida em consideração a literatura científica relevante (sobre a patologia e dimensões psicossociais pertinentes) e os instrumentos de avaliação existentes (acessíveis em Português Europeu, a sua extensão, validade facial, grau de dificuldade de compreensão, administração, cotação, interpretação, e as propriedades psicométricas relatadas na literatura), de modo a permitir a avaliação das seguintes variáveis:

Variáveis Sociodemográficas e Clínicas – sexo, estado civil, profissão, idade, escolaridade, duração de diagnóstico de epilepsia, um item sobre percepção da gravidade da doença (*Em geral como classificaria a sua doença?*; 1=*nada grave*; 11=*muito grave*) e medicação antiepilética instituída, foram usadas para caracterizar a amostra;

Qualidade de Vida – foi utilizado o questionário de Percepção de Saúde versão reduzida, conhecido por *Short Form-36 Health Survey* – SF-36, na versão 1.0, cujas propriedades métricas foram estudadas na sua versão Portuguesa, por Ribeiro (2005). É um questionário com 36 itens, cuja resposta é dada numa escala ordinal que varia entre dois e seis pontos, o que permite calcular uma pontuação, entre 0 e 100 (pontuação mais elevada indica melhor QDV), distribuídos por 8 dimensões – Funcionamento Físico, Desempenho Físico, Dor Corporal, Saúde Geral, Vitalidade, Funcionamento Social, Desempenho Emocional, Saúde Mental e um item de Transição ou Mudança de Saúde. Relativamente à consistência interna Ribeiro (2005), obteve valores que variaram entre $\alpha=0,94$ e $\alpha=0,69$ ($N=2358$). No presente estudo ($N=94$) obtiveram-se os valores de *alfa de Cronbach* 0,93 para o Funcionamento Físico, $\alpha=0,76$ para Desempenho Físico, $\alpha=0,77$ para a Dor Corporal, $\alpha=0,83$ para a Saúde Geral, $\alpha=0,74$ para Vitalidade, $\alpha=0,59$ para o Funcionamento Social, $\alpha=0,77$ para Desempenho Emocional e $\alpha=0,84$ para a Saúde Mental;

Adesão à Terapêutica – foi avaliada de acordo com Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) de Delgado e Lima (2001), uma escala unidimensional desenvolvida a partir da medida de adesão apresentada por Morisky, Green, e Levine (1986), que se destina a avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso prescrito. Inclui sete itens, com questões construídas pela negativa, em que a resposta é dada numa escala ordinal de seis pontos (varia de *sempre*=1 a *nunca*=6). Segundo os autores, os valores obtidos na MAT podem ser categorizados em: *adesão* (valores ≥ 5) e *não adesão* (valores <5), num intervalo possível entre um a seis, em que valores mais elevados significam maior nível de adesão. Relativamente à Consistência Interna

(*alfa de Cronbach*) Delgado e Lima (2001) obtiveram valores de $\alpha=0,74$ ($N=167$), no presente estudo o valor de *alfa de Cronbach* foi de $0,71$ ($N=93$);

Estratégias de *Coping* – foram exploradas através do COPE-Resumido (COPE-R), uma medida breve, com 14 itens (Ribeiro & Rodrigues, 2004). As escalas que compõe o COPE-R são: *Coping* Ativo, Planear, Utilizar Suporte Instrumental, Utilizar Suporte Social Emocional, Religião, Reinterpretação Positiva, Autoculpabilização, Aceitação, Expressão de Sentimentos, Negação, Autodistração, Desinvestimento Comportamental, Uso de Substâncias, e Humor (Ribeiro & Rodrigues, 2004). As respostas podem ser dadas numa escala ordinal com quatro alternativas (entre *nunca faço isto* =0 até *faço sempre isto* =3) e o resultado final é apresentado como um perfil (Ribeiro & Rodrigues, 2004). A utilização do COPE-R tem benefícios em contextos de saúde e na utilização de protocolos de avaliação longos, uma vez que permite facilidade no preenchimento, mantendo as propriedades psicométricas (Ribeiro & Rodrigues, 2004);

Espiritualidade – operacionalizada de acordo com Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde desenvolvida por Pinto e Ribeiro (2007) constituída por cinco itens, os quais quantificam a concordância da pessoa relativamente a questões relacionadas com a dimensão Espiritual. Os cinco itens distribuem-se por duas subescalas: Crenças, associada à percepção religiosa (dois itens) e Esperança/Otimismo, associada à esperança do doente (três itens), sendo as respostas dadas numa escala ordinal com quatro alternativas entre *não concordo* (1) a *plenamente de acordo* (4), fornecendo uma pontuação por dimensão mais um total (Pinto, & Ribeiro, 2007). Segundo os autores a cotação de cada uma das subescalas é feita através da média dos itens da mesma, quanto maior o valor obtido em cada item, maior a concordância com a dimensão avaliada. Relativamente à consistência interna os resultados foram bastante aceitáveis (face ao número de itens e valores de referência teóricos) com um valor de *alfa de Cronbach* de $0,74$ ($N=426$) para Espiritualidade (total), $\alpha=0,92$ para subescala Crenças e $\alpha=0,69$ para a subescala Esperança/Otimismo (Pinto, & Ribeiro, 2007). No presente estudo, obtiveram-se os seguintes valores de *alfa de Cronbach*: $0,81$ para Espiritualidade (total), $\alpha=0,88$ ($N=92$) para Crenças e $\alpha=0,80$ ($N=92$) para Esperança/Otimismo.

Procedimento

Após os pedidos de autorizações de recolha de dados (dos responsáveis pelas instituições de saúde, das Comissões de ética, dos técnicos de saúde e dos doentes – consentimento informado) em conformidade com a Declaração de Helsínquia procedeu-se à administração do protocolo de avaliação. Consoante as capacidades e desejo dos participantes, teve lugar a auto administração (assistida) ou a administração no contexto de uma entrevista pessoal. Alguns dos doentes optaram por preencher o protocolo na instituição de saúde, enquanto outros optaram por preencher/concluir o preenchimento do protocolo mais tarde, enviando-o preenchido por correio para a equipa de investigação.

Para a análise estatística foi aplicado o coeficiente de correlação de *Pearson*, para explorar a associação entre a QDV e: a adesão à terapêutica, as estratégias de *coping* e a espiritualidade, cumpridos os pressupostos da normalidade da amostra, atendendo à dimensão da mesma (Marôco, 2011). Todas as análises foram efetuadas usando o *Software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 21.0.

De acordo com o objetivo do estudo, inicialmente foram exploradas as correlações entre os indicadores (preditores ou variáveis independentes) e a QDV (variável dependente), seguida de uma análise da contribuição de cada variável. A análise de regressão foi aplicada à variável

PREDITORES DA QUALIDADE DE VIDA NA EPILEPSIA

correlacionada, de modo a identificar qual a capacidade preditiva da mesma, cumpridos os pressupostos para realização de regressões (Marôco, 2011).

RESULTADOS

Antes da análise dos dados relativos ao objetivo do presente estudo, apresenta-se a caracterização da amostra quanto à QDV, adesão à terapêutica, estratégias de *coping* e espiritualidade (Quadro 2).

Quadro 2.

Caracterização da Qualidade de Vida, Adesão à Terapêutica, Estratégias de *Coping* e Espiritualidade da amostra

	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Qualidade de vida					
Funcionamento Físico	94	0	100	77,9 2	26,51
Desempenho Físico	93	0	100	69,8 9	35,65
Dor Corporal	94	0	100	67,4 9	26,13
Saúde Geral	94	10	100	57,2 5	20,86
Vitalidade	93	10	100	55,2 0	18,05
Funcionamento Social	94	0	100	76,6 0	24,47
Desempenho Emocional	91	0	100	73,9 9	36,79
Saúde Mental	94	0	100	63,0 0	20,82
Adesão à Terapêutica	93	4,14	6	5,49	0,44
Estratégias de <i>Coping</i>					
<i>Coping</i> Ativo	89	0	3	2,13	0,87
Negação	93	0	3	1,08	0,96
Uso de Substâncias	94	0	3	0,13	0,51
Desinvestimento	94	0	3	0,67	0,75
Comportamental					
Expressão de Sentimentos	94	0	3	1,61	0,91
Utilizar Suporte Instrumental	94	0	3	1,53	0,97
Utilizar Suporte Social	92	0	3	1,8	0,92
Emocional					
Reinterpretação Positiva	94	0	3	2,2	0,81

(continuação)

Quadro 2.

Caracterização da Qualidade de Vida, Adesão à Terapêutica, Estratégias de *Coping* e Espiritualidade da amostra (continuação)

	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Autodistração	93	0	3	1,8	1,12
Aceitação	94	0	3	2,26	0,95
Planear	92	0	3	2,11	0,94
Autoculpabilização	94	0	3	0,72	0,96
Religião	92	0	3	1,52	1,10
Humor	94	0	3	1,63	1,01
Espiritualidade (total)	92	1	4	2,63	0,74
Crenças	92	1	4	2,63	0,99
Esperança/Otimismo	92	1	4	2,63	0,78

Em relação à QDV observam-se valores médios mais elevados nas dimensões Funcionamento Físico e Funcionamento Social e Desempenho Emocional. Já as dimensões Vitalidade e Saúde Geral foram as que apresentaram menores valores médios. Relativamente à adesão à terapêutica, obtiveram-se níveis elevados de adesão. Quanto à utilização de estratégias de *coping* registaram-se maior utilização das seguintes estratégias de *coping* (por ordem decrescente): Aceitação, Reinterpretação Positiva, *Coping* Ativo e Planear. Já o Uso de Substâncias, Desinvestimento Comportamental e Autoculpabilização, foram as estratégias de *coping* com registo de menor utilização. Em relação à espiritualidade os resultados foram semelhantes para Espiritualidade (total), Crenças e Esperança/Otimismo e encontram-se acima do ponto médio (2,5).

O quadro 3 mostra as correlações de *Pearson* entre a QDV, adesão à terapêutica, estratégias de *coping* e a espiritualidade. Foram encontradas correlações estatisticamente significativas com todas as dimensões da QDV, entre fracas a moderadas ($r < 0,60$), sendo que cada dimensão da QDV correlacionou-se com pelo menos cinco variáveis. Relativamente à adesão à terapêutica observou-se uma correlação positiva e estatisticamente significativa com a QDV ao nível das dimensões: Funcionamento Social e Desempenho Emocional.

Verificou-se uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre todas as dimensões da QDV e as seguintes estratégias de *coping*: Desinvestimento Comportamental, Expressão de Sentimentos, Autoculpabilização e Religião. Portanto, maior utilização destas estratégias de *coping* estava associada a menor QDV. Relativamente à estratégia de *coping* Negação, esta apenas se correlacionou negativamente com a dimensão Saúde Geral da QDV.

PREDITORES DA QUALIDADE DE VIDA NA EPILEPSIA

Quadro 3.

Correlações entre QDV, Adesão à Terapêutica, Estratégias de *Coping* e Espiritualidade (N=94)

		FF	DF	DC	SG	V	FS	DE	SM
Adesão	<i>r</i>	0,19	0,16	0,20	0,00	0,14	0,39	0,32	0,18
	<i>p</i>	ns	ns	ns	ns	ns	0,0001	0,0001	ns
CA	<i>r</i>	-0,04	-0,04	0,03	-0,17	-0,07	-0,04	0,09	-0,03
	<i>p</i>	ns	ns	ns	ns	ns	Ns	ns	ns
N	<i>r</i>	-0,20	-0,19	-0,15	-0,28	-0,04	-0,13	-0,01	-0,10
	<i>p</i>	ns	ns	ns	0,01	ns	Ns	ns	ns
US	<i>r</i>	-0,05	0,02	-0,02	-0,16	0,03	0,03	0,01	0,07
	<i>p</i>	ns	ns	ns	ns	ns	Ns	ns	ns
DComp	<i>r</i>	-0,34	-0,40	-0,33	-0,37	-0,24	-0,45	-0,53	-0,31
	<i>p</i>	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,02	0,0001	0,0001	0,0001
ES	<i>r</i>	-0,33	-0,42	-0,42	-0,45	-0,28	-0,21	-0,28	-0,38
	<i>p</i>	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,01	0,04	0,01	0,0001
USI	<i>r</i>	-0,18	-0,28	-0,21	-0,12	-0,07	-0,23	-0,19	-0,16
	<i>p</i>	ns	0,01	0,04	ns	ns	0,02	ns	ns
USE	<i>r</i>	-0,23	-0,32	-0,23	-0,19	-0,09	-0,19	-0,23	-0,23
	<i>p</i>	0,03	0,0001	0,03	ns	ns	Ns	0,03	0,03
RP	<i>r</i>	-0,04	0,02	-0,01	0,08	0,10	0,00	-0,01	0,13
	<i>p</i>	ns	ns	ns	ns	ns	Ns	ns	ns
AD	<i>r</i>	0,17	-0,02	-0,12	-0,04	-0,11	-0,07	-0,05	-0,07
	<i>p</i>	ns	ns	ns	ns	ns	Ns	ns	ns
A	<i>r</i>	0,20	0,14	0,26	0,29	0,06	0,20	0,16	0,16
	<i>p</i>	0,05	ns	0,01	0,0001	ns	Ns	ns	ns
P	<i>r</i>	-0,17	-0,19	0,00	-0,13	0,09	-0,04	-0,11	-0,02
	<i>p</i>	ns	ns	ns	ns	ns	Ns	ns	ns
AC	<i>r</i>	-0,22	-0,36	-0,27	-0,42	-0,21	-0,32	-0,34	-0,27
	<i>p</i>	0,03	0,0001	0,01	0,0001	0,04	0,0001	0,0001	0,01
R	<i>r</i>	-0,33	0,30	-0,31	-0,24	-0,23	-0,27	-0,40	-0,35
	<i>p</i>	0,0001	0,0001	0,0001	0,02	0,03	0,01	0,0001	0,0001
H	<i>r</i>	-0,01	0,02	0,05	0,19	0,17	0,12	0,04	0,23
	<i>p</i>	ns	ns	ns	ns	ns	Ns	ns	0,02
E(total)	<i>r</i>	-0,06	0,01	0,08	0,14	0,18	0,02	-0,17	0,04
	<i>p</i>	ns	ns	ns	ns	ns	Ns	ns	ns
C	<i>r</i>	-0,21	-0,09	-0,11	-0,15	-0,02	-0,07	-0,30	-0,14
	<i>p</i>	0,05	ns	ns	ns	ns	Ns	0,0001	ns
E/O	<i>r</i>	0,07	0,09	0,21	0,34	0,30	0,09	-0,02	0,19
	<i>p</i>	ns	ns	0,04	0,0001	0,0001	Ns	ns	ns

Ns- não significativo

Nota: FF: Funcionamento Físico; DF: Desempenho Físico; DC: Dor Corporal; SG: Saúde Geral; V: Vitalidade; FS: Funcionamento Social; DE: Desempenho Emocional; SM: Saúde Mental; CA: *Coping* Ativo; N: Negação; US: Uso de Substâncias; DComp: Desinvestimento Comportamental; ES: Expressão de Sentimentos; USE: Utilizar Suporte Instrumental; USE: Utilizar Suporte Emocional; RP: Reinterpretação Positiva; AD: Autodistração; A: Aceitação; AC: Autoculpabilização; R: Religião; H: Humor; E(total): Espiritualidade (total); C: Crenças; E/O: Esperança/Otimismo

Inversamente a estratégia de *coping* Aceitação correlacionou-se positiva e significativamente com Funcionamento Físico, Dor Corporal e Saúde Geral, logo, maior utilização desta estratégia está associada e a melhor QDV nestas dimensões. Analogamente, a estratégia de *coping* Humor, que se correlacionou-se positiva e significativamente com a dimensão *Saúde Mental*. No que se refere às seguintes estratégias de *coping*: *Coping* Ativo, Uso de Substâncias, Reinterpretação Positiva, Autodistração e Planear, não se verificaram correlações significativas com nenhuma dimensão da QDV (cf. quadro 3).

Similarmente, para a dimensão espiritualidade, não se verificaram correlações lineares estatisticamente significativas com nenhuma dimensão da QDV. Todavia Crenças apresenta uma correlação negativamente e estatisticamente significativa com as dimensões Funcionamento Físico e Desempenho Emocional da QDV e Esperança/Otimismo correlaciona-se positivamente e significativamente com as dimensões Dor Corporal, Saúde Geral e Vitalidade da QDV (cf. quadro 3).

Relativamente aos resultados relativos aos modelos de regressão múltipla e a informação sobre capacidade preditiva das variáveis independentes relativamente às dimensões da QDV, obtiveram-se os seguintes resultados: todos os modelos de regressão múltipla foram significativos, isto é, foi identificado pelo menos um preditor de cada dimensão de QDV da amostra. Os preditores mais significativos da QDV de indivíduos com epilepsia foram: as estratégias de *coping*: Desinvestimento Comportamental, Expressão de Sentimentos e Religião; a Esperança/Otimismo e a Adesão à Terapêutica.

Mais especificamente, o modelo de regressão múltipla aplicado explica 16,3% da variância da dimensão Funcionamento Físico, sendo a estratégia de *coping* Desinvestimento Comportamental o único preditor significativo (cf. quadro 4).

Quadro 4.

Preditores da Dimensão Funcionamento Físico da QDV (N=94)

	R^2	R^2_{aj}	$F(7,80)$	β	t
Desinvestimento comportamental				-0,27	-2,40*
Expressão de sentimentos				-0,14	-1,35
Utilizar suporte social emocional				-0,09	-0,89
Aceitação				0,10	0,94
Auto culpabilização				0,03	0,31
Religião				-0,12	-0,98
Crenças				-0,05	-0,43
	0,23	0,16	3,42**		

Nota. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

De acordo com o quadro 5 na dimensão Desempenho Físico, o modelo proposto explica 29,5% da variância e as estratégias de *coping* Desinvestimento Comportamental e Expressão de Sentimentos são os preditores identificados.

PREDITORES DA QUALIDADE DE VIDA NA EPILEPSIA

Quadro 5.

Preditores da Dimensão Desempenho Físico da QDV (N=94)

	R^2	R^2_{aj}	$F(6,82)$	β	t
Desinvestimento comportamental				-0,21	-2,06*
Expressão de sentimentos				-0,23	-2,44*
Utilizar suporte instrumental				-0,08	-0,70
Utilizar suporte social emocional				-0,15	-1,40
Auto culpabilização				-0,18	-1,86
Religião				-0,07	-0,71
	0,34	0,29	7,14***		

Nota. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Relativamente à dimensão Dor Corporal observa-se no quadro 6 que o modelo de regressão múltipla aplicado explica 22,9% da variância, sendo a estratégia de *coping* Expressão de Sentimentos o único preditor.

Quadro 6.

Preditores da Dimensão Dor Corporal da QDV (N=94)

	R^2	R^2_{aj}	$F(8,79)$	B	t
Desinvestimento comportamental				-0,21	-1,87
Expressão de sentimentos				-0,25	-2,40*
Utilizar suporte instrumental				-0,07	-0,59
Utilizar suporte social emocional				-0,03	-0,34
Aceitação				0,07	0,65
Autoculpabilização				0,007	0,05
Religião				-0,16	-1,45
Esperança/Otimismo				0,13	1,32
	0,30	0,22	4,23***		

Nota. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

A nível da dimensão Saúde Geral, o modelo de regressão múltipla aplicado explica 34% da variância, sendo a Expressão de Sentimentos e a Esperança/Otimismo os preditores identificados (quadro 7).

Quadro 7.

Preditores da Dimensão Saúde Geral QDV (N=94)

	R^2	R^2_{aj}	$F(7,81)$	β	t
Negação				-0,07	-0,71
Desinvestimento comportamental				-0,17	-1,71
Expressão de sentimentos				-0,25	-2,61*
Aceitação				0,07	0,72
Auto culpabilização				-0,17	-1,65
Religião				-0,09	-0,97
Esperança/Otimismo				0,22	2,37*
	0,39	0,34	7,47***		

Nota. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

No quadro 8 observa-se que o modelo de regressão aplicado para a dimensão Vitalidade explica 14,8% da variância verificando-se que a Esperança/Otimismo foi o único preditor.

Quadro 8

Preditores da Dimensão Vitalidade QDV (N=94)

	R^2	R^2_{aj}	$F(5,83)$	β	t
Desinvestimento Comportamental				-0,14	-1,25
Expressão Sentimentos				-0,13	-1,28
Autoculpabilização				-0,001	-0,005
Religião				-0,17	-1,62
Esperança/Otimismo				0,27	2,65**
	0,19	0,14	4,06**		

Nota. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Para a dimensão Funcionamento Social, o modelo de regressão múltipla aplicado explica 29,2% da variância desta dimensão da QDV, tendo-se evidenciado como preditores mais significativos: adesão à terapêutica e a estratégia de *coping* Desinvestimento Comportamental (cf. quadro 9).

Quadro 9.

Preditores da Dimensão Funcionamento Social da QDV (N=94)

	R^2	R^2_{aj}	$F(6,84)$	β	t
Adesão				0,29	2,91**
Desinvestimento Comportamental				-0,24	-2,15*
Expressão de Sentimentos				0,02	0,22
Utilizar Suporte Instrumental				-0,18	-1,85
Autoculpabilização				-0,14	-1,52
	0,33	0,29	7,18***		

Nota. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Analogamente, para a dimensão Desempenho Emocional a estratégia de *coping* Desinvestimento Comportamental também foi o preditor identificado (cf. quadro 10).

Quadro 10.

Preditores da Dimensão Desempenho Emocional da QDV (N=94)

	R^2	R^2_{aj}	$F(7,77)$	β	t
Adesão				0,16	1,69
Desinvestimento Comportamental				-0,35	-3,18**
Expressão de Sentimentos				-0,001	-0,009
Utilizar Suporte Social Emocional				-0,15	-1,70
Autoculpabilização				-0,11	-1,25
	0,41	0,36	7,93***		

Nota. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Relativamente à dimensão Saúde Mental, o modelo de regressão múltipla explica 32% da variância, sendo as estratégias de *coping* Expressão de Sentimentos e Religião os preditores mais significativos (cf. quadro 11).

Quadro 11.

Preditores da Dimensão Saúde Mental da QDV (N=94)

	R^2	R^2_{aj}	$F(7,77)$	β	t
Desinvestimento Comportamental				-0,07	-0,70
Expressão de Sentimentos				-0,23	-2,38*
Utilizar Suporte Social Emocional				-0,10	-1,05
Autoculpabilização				-0,10	-0,99
Religião				-0,27	-2,70**
Humor				0,18	1,89
	0,31	0,26	6,35***		

Nota. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

DISCUSSÃO

Antes de passar à discussão dos resultados propriamente dita, é de sublinhar que a heterogeneidade em termos sociodemográficos e clínicos da amostra, bem como a dimensão da mesma, exigem cuidados na interpretação dos resultados obtidos e impedem a sua generalização. Tal como em alguns estudos, que defendem que indivíduos com epilepsia podem ter uma QDV normal ou elevada (Jacoby et al., 2009; Stanton et al., 2007), verificou-se que todos os valores médios da amostra eram superiores a 50 (um mínimo de zero e máximo de 100) para todas as dimensões da QDV (cf. todavia, os resultados normativos para a idade e sexo de acordo com Ribeiro, 2005).

A salientar que os valores mais baixos foram registados para as dimensões Vitalidade (que traduz o nível de energia e fadiga) e Saúde Geral (que traduz a perceção de saúde), o que se compreende já que o diagnóstico da epilepsia implica saber lidar com o prognóstico de incerteza, face ao controlo das crises e a outros riscos, bem como com a terapia medicamentosa de longa duração e os efeitos secundários da mesma (ILAE, 2003).

Relativamente às estratégias de *coping*, no presente estudo os resultados evidenciaram maior frequência de utilização estratégias com foco no problema, que têm vindo a ser associadas a melhor adaptação à epilepsia (p.ex., Neni & Lua, 2011) e a melhor QDV (p.e., Pais-Ribeiro et al., 2007). Pode também considerar-se que a elevada pontuação de adesão à terapêutica poderá espelhar um *coping* adequado com a situação clínica. No que concerne à relação entre as variáveis analisadas, Jacoby e Baker (2008) consideram que a trajetória da QDV em indivíduos com epilepsia ativa é influenciada por fatores que não apenas clínicos. No presente estudo, das variáveis não clínicas analisadas, onze estavam associadas à QDV. Relativamente à adesão à terapêutica, foram encontradas correlações positivas com a QDV, tal como estudos anteriores (Boylan et al. 2004; Gilliam, 2003; Guekht et al. 2007; Hovinga et al. 2008; Jacoby & Baker, 2008; Kerr et al., 2011; Wheless, 2006), reforçando o papel da adesão no sucesso do tratamento (Hovinga et al., 2008) e controlo das crises (Gilliam, 2003; Guekht et al. 2007; Hovinga et al., 2008). Quanto à relação entre as estratégias de *coping* e a

QDV, ainda que tenham sido encontradas algumas correlações estatisticamente significativas, estas eram entre fracas a moderadas. Também Lua et al. (2012) encontraram uma associação fraca, ainda que significativa, entre os domínios da QDV e estratégias de *coping*.

Na análise individual do comportamento das diferentes estratégias de *coping*, este estudo mostrou que as estratégias de *coping* Aceitação e Humor se correlacionavam positivamente com a QDV. Todavia, algumas estratégias de *coping* como: Reinterpretação Positiva, Autodistração e *Coping* Ativo não se mostraram correlacionadas com a QDV, contrariamente a alguns estudos (Neni & Lua, 2011; Pais-Ribeiro et al., 2007). Por outro lado, no presente estudo, maior utilização das estratégias de *coping* Desinvestimento comportamental, Expressão de Sentimentos, Autoculpabilização e Religião, foram associadas a pior QDV. Também, em estudos anteriores, o recurso a estratégias de evitamento foram associadas a pior QDV (Lua et al., 2012).

Segundo Livneh e Antonak (2005), na adaptação à doença crónica devem ser promovidas estratégias de *coping* eficazes, com impacto na QDV. Também neste estudo os resultados apontam para a importância da identificação das estratégias de *coping* capazes de atender às necessidades dos indivíduos, uma vez que tanto as estratégias passivas como ativas evidenciaram estar associadas à QDV e paralelamente outras não.

Relativamente à variável espiritualidade (total), Crenças e Esperança/Otimismo mostraram estar associadas à QDV, tal como estudos prévios (Pinto & Ribeiro, 2010; Sawatzky et al., 2005). Esta associação verificou-se apenas para algumas dimensões da QDV, coincidente com estudos anteriores (Giovagnoli et al., 2006; Panzini et al., 2007; Wang et al., 2008). Com base na definição dos conceitos, faz sentido que Esperança/Otimismo esteja associada a menor perceção de dor, melhor avaliação da própria saúde e a maior vitalidade. Paralelamente Crenças, associada à perceção religiosa, evidencia uma correlação negativa com a QDV, ao nível do Funcionamento Físico e Desempenho Emocional, associadas à execução de atividade física e dificuldade em executar o trabalho, respetivamente. Neste sentido, compreende-se que a estratégias de *Coping* Religião se tenha correlacionado com todas as dimensões da QDV contrariamente à Espiritualidade (total).

Relativamente ao objetivo do presente estudo; identificar se adesão à terapêutica, estratégias de *coping* e espiritualidade predizem a QDV de indivíduos com epilepsia, os modelos de regressão múltipla aplicados explicaram alguma variância das dimensões da QDV e permitiram identificar quais os preditores mais significativos. Relativamente a preditores negativos significativos da QDV, destacam-se as estratégias de *coping*: Desinvestimento Comportamental, Expressão de Sentimentos e Religião, tal como foi sugerido num estudo anterior (Silva, Bettencourt, Moreira, & Canavarro, 2011). Deste modo, quanto maior a utilização das estratégias de *coping* Desinvestimento Comportamental, Expressão de Sentimentos e Religião, pior será a QDV. Por sua vez, os preditores positivos significativos da QDV foram: Esperança/Otimismo e a adesão à terapêutica. Assim, quanto maior o nível de Esperança/Otimismo maior será a perceção QDV, em concordância com estudos anteriores (Pinto & Ribeiro, 2010; Sawatzky et al., 2005). Simultaneamente, quanto melhor o nível de adesão à terapêutica maior será a perceção de QDV, em semelhança do que se verificou em estudos anteriores (Boylan et al. 2004; Gilliam, 2003; Guekht et al. 2007; Hovinga, et al. 2008; Jacoby & Baker, 2008; Kerr et al., 2011; Wheless, 2006).

Em suma, este estudo contribuiu para a identificação de preditores significativos da QDV de indivíduos Portugueses com epilepsia, nomeadamente: a adesão à terapêutica, Esperança/Otimismo e as estratégias de *coping*: Desinvestimento Comportamental, Expressão

de Sentimentos e Religião. A identificação de preditores modificáveis da QDV pode subsidiar intervenções ao nível da promoção da QDV de indivíduos com epilepsia (Taylor et al., 2011), através do desenvolvimento de competências por parte do indivíduo, e da sensibilização dos profissionais de saúde para a importância da QDV e de um atendimento multidisciplinar, capaz de dar resposta às necessidades do indivíduo com epilepsia (e seus significativos). Futuramente, seria interessante analisar até que ponto é que intervenções ao nível destes preditores se reflete numa melhoria significativa da QDV, bem como quais os preditores da QDV ao longo do tempo. O presente estudo, sublinha também a necessidade de clarificar algumas relações nomeadamente ao nível do *coping* e da espiritualidade, na medida em que algumas das relações entre as variáveis foram inesperadas (p.e., relações negativas quando se esperava que fossem positivas), exigindo aprofundamento em estudos futuros.

REFERÊNCIAS

- Bishop, M., & Hermann, B. (2000). Impact of Epilepsy on Quality of Life: A Review. In G.A. Baker, & A. Jacoby (Eds.). *Quality of Life in Epilepsy: beyond seizures counts in assessment and treatment* (pp.103-120). Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Boylan, L. S., Flint, L. A., Labovitz, D. L., Jackson, S. C., Starner, K., & Devinsky, O. (2004). Depression but not seizure frequency predicts quality of life in treatment-resistant epilepsy. *Neurology*, 62, 258-261. doi:10.1212/01.WNL.0000103282.62353.85
- Bugalho, A., & Carneiro, A. (2004). *Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas*. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência – Faculdade de Medicina de Lisboa. Retirado de: <http://www.apmgf.pt/files/54/documentos/20110705164403477922.pdf>
- De Ridder, D., Geenen, R., Kuijer, R., & van Middendorp, H. (2008). Psychological adjustment to chronic disease. *The Lancet*, 372, 246-255. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61078-8
- Delgado, A. B., & Lima, M. L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2, 81-100.
- Gilliam F. (2003). The impact of epilepsy on subjective health status. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 3, 357-362. doi:10.1007/s11910-003-0014-0
- Giovagnoli, A., R., Meneses, R. F., & Silva, A. M. (2006), The contribution of spirituality to quality of life in focal epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 9, 133-139. doi: 10.1016/j.yebeh.2006.04.002
- Guekht, A. B., Mitrokhina, T. V., Lebedeva, A. V., Dzugaeva, F. K., Milchakova, L. E., Lokshina, O. B., ... Gusev, E. I. (2007). Factors influencing on quality of life in people with epilepsy. *Seizure: the journal of the British Epilepsy Association*, 16, 128-133. doi:10.1016/j.seizure.2006.10.011
- Hovinga, C. A., Asato, M. R., Manjunath, R., Wheless, J. W., Phelps, S. J., Sheth, R. D., ... Haskins, L. S. (2008). Association of non-adherence to antiepileptic drugs and seizures, quality of life, and productivity: survey of patients with epilepsy and physicians. *Epilepsy & Behavior*, 13, 316-322. doi: 10.1016/j.yebeh.2008.03.009

- ILAE-International League Against Epilepsy (2003). Living with Epilepsy Coping with Epilepsy. *Epilepsia*, 44, 43–44. doi: 10.1046/j.1528-1157.44.s6.17.x
- Jacoby, A., & Baker, G. A. (2008). Quality-of-life trajectories in epilepsy: a review of the literature. *Epilepsy & Behavior*, 12, 557-571. doi:10.1016/j.yebeh.2007.11.013
- Jacoby, A., Snape, D., & Baker, G. A. (2009). Determinants of quality of life in people with epilepsy. *Neurologic clinics*, 27, 843-863. doi: 10.1016/j.ncl.2009.06.003
- Kerr, C., Nixon, A., & Angalakuditi, M. (2011). The impact of epilepsy on children and adult patients' lives: Development of a conceptual model from qualitative literature. *Seizure*, 20, 764-774. doi:10.1016/j.seizure.2011.07.007
- Lima, J. M. L. (2005). Epilepsia– a abordagem clínica. *Revista Portuguesa de medicina Geral e Familiar*, 2, 291-298.
- Livneh, H., & Antonak, R. (2005). Psychosocial Adaptation to chronic illness and disability: a primer for counselors. *Journal of Counseling & Development*, 83, 12-21. doi: 10.1002/j.1556-6678.2005.tb00575.x
- Lua, P. L., Neni, W. S., & Samira, T. N. (2012). Coping With Epilepsy: How Do They Influence Health-Related Quality of Life (Hrql)? *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*. 16, 114-126.
- Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. (5ªed.). ReportNumber. Pêro Pinheiro.
- Meneses, F.R. (2005). *Promoção da Qualidade de Vida em doentes crónicos: Contributos no contexto das Epilepsias Focais*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Morisky, D., L., G., & Levine, D. (1986). Concurrent and predictive validity of a self reported measure of medication adherence. *Medical Care*, 24, 67-74. doi:org/10.1097/00005650-198601000-00007
- Mueller, P. S., Plevak, D. J., & Rummans, T. A. (2001). Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. *Mayo clinic proceedings*, 76, 1225-1235. doi:10.1016/S0025-6196(11)62799-7
- Neni, S. W., & Lua, P. L. (2011). Relationships between awareness, knowledge, attitudes and coping mechanisms in epilepsy. *ASEAN Journal of Psychiatry*, 12, 131-142
- Nichols, L.,M., & Hunt, B. (2011). The Significance of Spirituality for Individuals with Chronic Illness: Implications for Mental Health Counseling. *Journal of Mental Health Counseling*, 33, 51-66.
- Pais-Ribeiro, J., da Silva, A. M., Meneses, R. F., & Falco, C. (2007). Relationship between optimism, disease variables, and health perception and quality of life in individuals with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 11, 33-38. doi:10.1016/j.yebeh.2007.04.010
- Panzini, R. G., Rocha, N. S., Bandeira, D. R., & Fleck, M. P. (2007). Qualidade de vida e espiritualidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34, 105-115. doi:10.1590/S0101-60832007000700014
- Pinto, C., & Ribeiro, J. L. (2010). Avaliação da espiritualidade dos sobreviventes de cancro : implicações na qualidade de vida, 28. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28, 49-56.
- Pinto, C., & Pais Ribeiro, J. (2007). Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde. *Arquivos de Medicina*, 21, 47-53.
- Ribeiro, J., & Rodrigues, A. (2004). Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do brief cope. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5, 3-15.
- Ribeiro, J.L.P. (2005). *O importante é a saúde: Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do Estado de Saúde – SF-36*. Lisboa: Fundação Merck Sharp & Dohme.

- Rocha, S. N., Fleck, M. P. (2011). Avaliação de qualidade de vida e importância dada a espiritualidade/religiosidade/ crenças pessoais (SRPB) em adultos com e sem problemas crônicos de saúde. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38, 19-23. doi:10.1590/S0101-60832011000100005
- Salgado, P. C., & Souza, E. A. (2003). Variáveis psicológicas envolvidas na qualidade de vida de portadores de epilepsia. *Estudos de Psicologia*, 8, 165–168. doi:10.1590/S1413-294X2003000100018
- Sawatzky, R., Ratner, P. A., & Chiu, L. (2005). A meta-analysis of the relationship between spirituality and quality of life. *Social indicators research*, 72, 153-188. doi:10.1007/s11205-004-5577-x
- Shorvon, S. (2009). *Epilepsy*. New York: Oxford university press.
- Silva, S., Bettencourt, D., Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2011). Qualidade de vida de mulheres com cancro da mama nas diversas fases da doença: o papel de variáveis sociodemográficas, clínicas e das estratégias de coping enquanto factores de risco/protecção. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29, 64-76. doi:10.1016/S0870-9025(11)70009-8
- Stanton, A. L., Revenson, T., & Tennen, H. (2007). Health psychology: psychological adjustment to chronic disease. *Annual review of psychology*, 58, 565-92. doi:10.1146/annurev.psych.58.110405.085615
- Taylor, R. S., Sander, J. W., Taylor, R. J., & Baker, G. A. (2011). Predictors of health - related quality of life and costs in adults with epilepsy: A systematic review. *Epilepsia*, 52, 2168-2180. doi: 10.1111/j.1528-1167.2011.03213.x
- Telles-Correia, D., Barbosa, A., Mega, I., & Monteiro, E. (2008). Validação do questionário multidimensional da adesão no doente com transplante hepático. *Acta Médica Portuguesa*, 21, 31-36.
- Van Andel, J., Westerhuis, W., Zijlmans, M., Fischer, K., & Leijten, F. S. (2011). Coping style and health-related quality of life in caregivers of epilepsy patients. *Journal of neurology*, 258, 1788–94. doi:10.1007/s00415-011-6013-1
- Wang, C. W., Chan, C. L., Ng, S. M., & Ho, A. H. (2008). The impact of spirituality on health-related quality of life among Chinese older adults with vision impairment. *Aging & mental health*, 12, 267-75. doi:10.1080/13607860801951903
- Westerhuis, W., Zijlmans, M., Fischer, K., Van Andel, J., & Leijten, F. S. S. (2011). Coping style and quality of life in patients with epilepsy: a cross-sectional study. *Journal of neurology*, 258, 37–43. doi:10.1007/s00415-010-5677-2
- Wheless, J. W. (2006). Intractable epilepsy: A survey of patients and caregivers. *Epilepsy & Behavior*, 8, 756-764. doi:10.1016/j.yebeh.2006.03.010
- World Health Organization (WHO). (2005). *Atlas: Epilepsy care in the world*. Geneva: WHO.

Agradecimentos

O presente estudo insere-se numa estudo mais amplo que teve o apoio da bolsa da Fundação para a Ciência e a Tecnologia PTDC/PSI/1635/2006.